



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Centro de Bioética

A Dispneia No Doente Agónico

Ana Rita Araújo da Silva

JUNHO'2019



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Centro de Bioética

A Dispneia No Doente Agónico

Ana Rita Araújo da Silva

Orientado por:

Dr. Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina

JUNHO'2019

RESUMO

A dispneia é uma sensação subjetiva de falta de ar, que apresenta componentes sensoriais e afetivos. Tem múltiplas causas, nomeadamente, cardiovasculares, pulmonares, neoplásicas, neurológicas e psicológicas, pelo que o seu controlo está dependente do tratamento da causa. Contudo, em doentes em fase agónica, estes mecanismos não são tão lineares. O controlo da dispneia em doentes nos últimos dias de vida é tão ou mais importante como nas fases mais precoces da doença, não só porque é um dos sintomas mais frequentes no doente agónico, como também porque é sede de um grande sofrimento.

É por isto necessário encontrar ferramentas que tornem este sintoma - tão subjetivo - no mais objetivo possível, com recurso a diferentes escalas.

Para além disso, é relevante procurar a etiologia concreta da dispneia na agonia: será que o doente está hipoxémico, ou estará ansioso? Só desta forma conseguimos adequar as medidas terapêuticas disponíveis à situação em concreto, pois aqui reside o objetivo dos Cuidados Paliativos (CP): não antecipar ou adiar o momento da morte, simplesmente oferecer ao doente a possibilidade de morrer na altura certa, com o mínimo de sofrimento, para o doente e para os seus entes queridos.

Com este trabalho de revisão pretendo rever a abordagem da dispneia num doente agónico, incluindo uma breve introdução acerca dos CP, no geral e em Portugal. Seguidamente descrevo a fase agónica. Posteriormente abordo especificamente a dispneia como sintoma no doente agónico: as causas, mecanismos, avaliação, e finalmente, a terapêutica preconizada para o seu controlo.

Palavras chave: Dispneia, Cuidados Paliativos, Dignidade, Atitudes com a morte, Cuidados terminais

ABSTRACT

Dyspnea is a subjective sensation of shortness of breath and has both a sensory and affective component. It has multiple causes, such as, cardiovascular, pulmonary, neoplastic, neurological and psychological, and their treatment allows the control of dyspnea. However, in agonic patients, the mechanisms are not as linear. The control of dyspnea in patients on their last days to live, is just as important as, or even more so, than in patients in earlier stages of chronic disease, not only because it is one of the most frequent symptoms in agonic patients, but also because it is a source of great suffering, especially for patients.

This is why it is necessary to develop tools that can turn a subjective symptom in an objective one, using different scales that I am going to approach next.

Furthermore, it is of great importance to search for the exact cause of dyspnea in the agonic patient. Is it because he has hypoxemia, or maybe it is because he is anxious? This will allow us to treat the patient, both with drugs or general measures, according to the situation, once this is the end-point of Palliative Care: not to anticipate or delay the moment of death, but to offer the possibility to die on the right time, with minimal suffering, and that includes his beloved ones.

With this revision article, I intend to review the approach to dyspnea in an agonic patient, including a brief introduction to the concept of Palliative Care, both globally and in Portugal, followed by a description of the agonic phase, and the symptoms observed. Then, I will broach dyspnea as one of the symptoms in the agonic phase: its causes, mechanisms, assessment, and finally, the therapeutic approaches used to control it.

Keywords: Dyspnea, Palliative Care, Dignity, Attitude to Death, Terminal care

“You treat a disease, you win, you lose.

You treat a person, I guarantee you’ll win no matter the outcome”

(Patch Adams)

ÍNDICE

RESUMO.....	3
ABSTRACT	4
ÍNDICE DE FIGURAS	7
ÍNDICE DE TABELAS	8
INTRODUÇÃO.....	10
EMERGÊNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	11
CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL.....	13
AGONIA	16
DEFINIÇÃO	16
DIAGNÓSTICO	17
MECANISMO DA DISPNEIA.....	18
ETIOLOGIA	20
AVALIAÇÃO	23
TRATAMENTO	26
<i>Terapêutica Farmacológica</i>	26
<i>Terapêutica Não Farmacológica</i>	30
CONCLUSÃO.....	32
AGRADECIMENTOS	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. NÚMERO DE ANOS DE VIDA À NASCENÇA	10
FIGURA 2. ESTRUTURA DA POPULAÇÃO RESIDENTE, SEGUNDO GRUPOS ETÁRIOS, PORTUGAL CONTINENTAL (1960-2011).....	10
FIGURA 3. MODELO INTEGRATIVO DE ABORDAGEM DO DOENTE COM DOENÇA AVANÇADA.....	11
FIGURA 4. ÍNDICE DE QUALIDADE DE MORTE - SCORE GERAL	12
FIGURA 5. RANKING DE PAÍSES SEGUNDO O ÍNDICE DE QUALIDADE DE MORTE	14
FIGURA 6. RANKING NA CATEGORIA DE CUIDADOS PALIATIVOS E SISTEMAS DE SAÚDE	14
FIGURA 7. ÍNDICE DE COBERTURA DE CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL CONTINENTAL.....	15
FIGURA 8. RESUMO DA FISIOLÓGIA DA RESPIRAÇÃO.....	18
FIGURA 9. FISIOPATOLOGIA DA DISPNEIA.....	19
FIGURA 10. POSSÍVEIS CAUSAS DE DISPNEIA	22
FIGURA 11. ESCALA VISUAL ANALÓGICA	24
FIGURA 12. ESCALA NUMÉRICA.....	24
FIGURA 13. ESCALA DESCRITIVA	24
FIGURA 14. ESCALA DE BORG MODIFICADA.....	25
FIGURA 15. RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE E DISPNEIA	28

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1. SINTOMAS NOS 3 ÚLTIMOS DIAS DE VIDA ¹⁰	17
TABELA 2. ESCALA RDOS. ADAPTADA.....	25
TABELA 3. ESQUEMA DE OPIÓIDES PROPOSTO POR HALL, P (2004)	27

ABREVIATURAS

BZD - Benzodiazepinas

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

INE – Instituto Nacional de Estatística

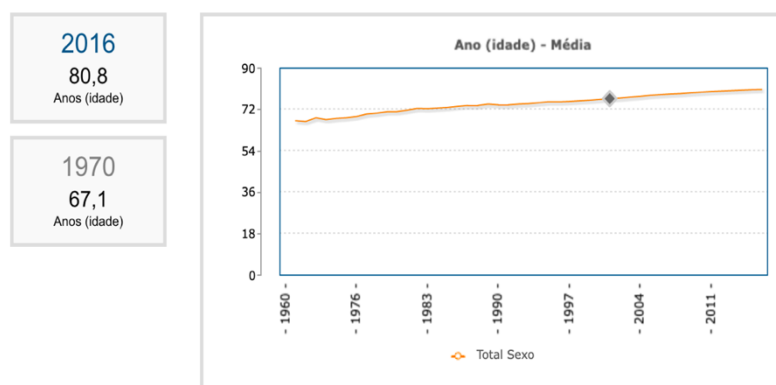
p.o. – *per os*

SC – Subcutâneo

INTRODUÇÃO

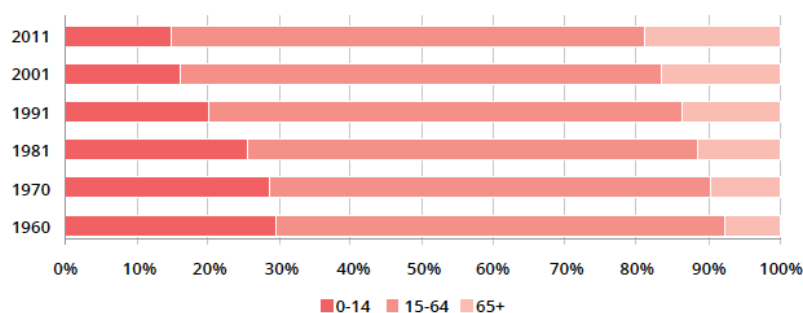
No último século, a Medicina avançou a um ritmo avassalador. Todos os dias são descobertas novas moléculas, novas vias moleculares, e consequentemente novas terapêuticas. Este fator, juntamente com a melhoria das condições de vida, aumentou o número de anos de vida à nascença (Fig. 1). Só em Portugal, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) de 2018, a esperança média de vida passou de 67,1 anos em 1970 para 80,8 em 2016¹. Se a estes números juntarmos a diminuição da taxa de natalidade, temos uma população envelhecida. Segundo os Censos de 2011, os idosos representavam cerca de 26% da população (Fig. 2). Contudo, este aumento quantitativo nem sempre significa uma melhoria qualitativa. Doenças que anteriormente eram raras passaram a ser mais frequentes (como as neoplasias, por exemplo); apareceram novas doenças, e novas complicações. Acima de tudo, as doenças agudas passaram a ter uma história natural mais longa, tornando-se crónicas, e roubando a autonomia dos seus doentes, tornando-os dependentes de familiares, e de um sistema que não está preparado para os tratar da melhor forma.

Figura 1. Número de anos de vida à nascença



Fonte: INE, PORDATA. Última atualização: 29-5-2018

Figura 2. Estrutura da população residente, segundo grupos etários, Portugal Continental (1960-2011)



Fonte: INE, Censos 2011

FONTE: INE, Censos 2011. Retirado de: "Portugal em números", DGS. 2014

Emergência dos Cuidados Paliativos

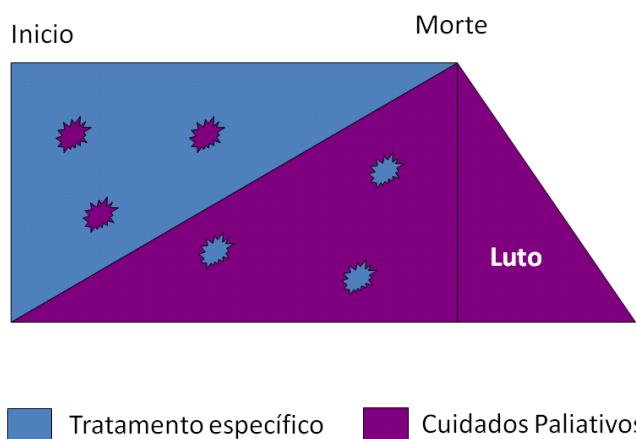
Estes fatores contribuíram para uma Medicina focada no tratamento e na cura, de tal maneira que os médicos começaram a olhar para a morte como o inimigo, como algo que tivéssemos de vencer constantemente. Ora, esta visão fez-nos esquecer um dos princípios básicos do Código Deontológico, segundo o qual “O médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga-se à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo sempre com correção e delicadeza, no intuito de promover ou restituir a saúde, conservar a vida e a sua qualidade, suavizar os sofrimentos, nomeadamente nos doentes sem esperança de cura ou em fase terminal, no pleno respeito pela dignidade do ser humano.

Tornou-se, portanto, imperativo encontrar uma especialidade que conseguisse colmatar as falhas da “futilidade terapêutica”.

No final da década de 60, surgiu o “movimento” dos cuidados paliativos (CP), liderado por Cecily Saunders, defensora acérrima destes cuidados, tendo fundado o primeiro *hospice*, um local onde os doentes terminais poderiam ter as condições adequadas para morrer. Este movimento estendeu-se mais tarde aos Estados Unidos da América e ao Canadá, encabeçados pela Dra. Elisabeth Kübler-Ross e Dr. Balfour Mount, respetivamente².

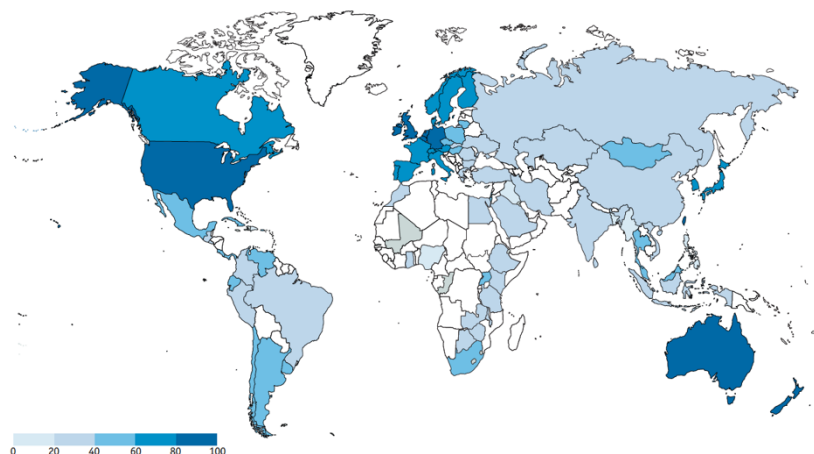
A Figura 3 ilustra o propósito dos CP: cuidados em vários âmbitos, para o doente e seus familiares, que não se esgotam na morte do doente, mas que acompanham o processo de luto.

Figura 3. Modelo integrativo de abordagem do doente com doença avançada



A revista *The Economist* publicou em 2015, um relatório intitulado “*The 2015 Quality of Death Index – Ranking Palliative Care Across The World*”, no comparava os Índices de Qualidade de Morte em diferentes países³ (Fig. 4).

Figura 4. Índice de Qualidade de Morte - *Score* geral



Fonte: "The Economist" - "The 2015 Quality of Death-Ranking palliative care across the world"; (pg. 16)

Como podemos observar na figura 4, os países desenvolvidos com os melhores cuidados na morte, e nos quais mais pessoas têm acesso aos CP são: Alemanha, Holanda, Reino Unido, Estados Unidos da América, Austrália e Nova Zelândia. Podemos inferir que existe uma estreita relação entre a riqueza de um país, e o desenvolvimento dos seus CP³.

No polo oposto, temos praticamente a totalidade dos continentes Africano, Asiático e Sul-Americano, que normalmente contêm os chamados países em desenvolvimento, onde a falta de riqueza se reflete na qualidade dos cuidados de saúde, e especificamente, no desenvolvimento de redes de CP.

Cuidados Paliativos Em Portugal

Apesar de se praticar medicina paliativa desde há muitos séculos por médicos portugueses, os CP só chegaram a Portugal no final dos anos 70 do século XX, com a 1ª consulta de Dor, no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, em Lisboa, realizada pelo Dr. José Luís Portela. Mais tarde, início dos anos 90, com a criação da Unidade da Dor no Fundão, em 1992, e posteriormente nos IPO de Porto e Coimbra, em 1994⁴. Em 1996, o Centro de Saúde de Odivelas criou a primeira equipa de apoio domiciliário de cuidados continuados, iniciativa que teve muito sucesso⁵.

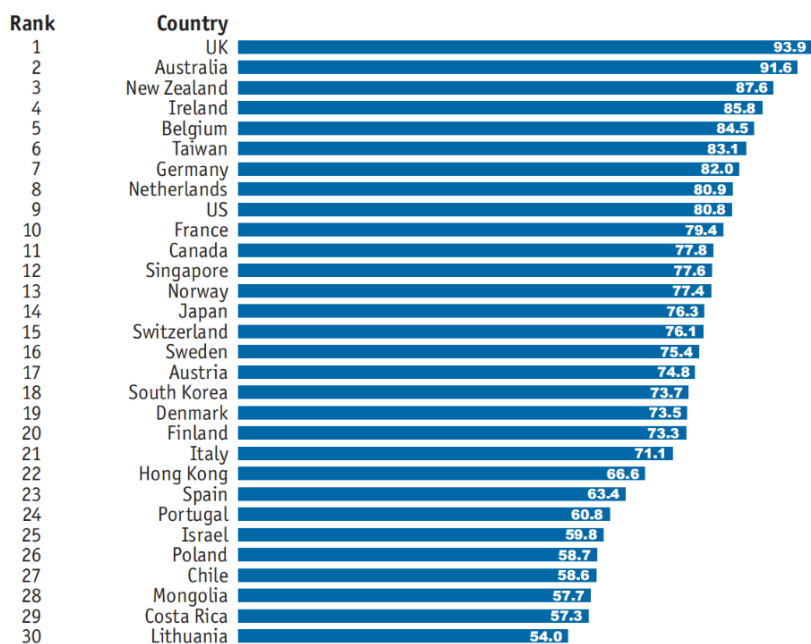
No ano de 1995 foi criada primeira Associação Nacional de Cuidados Paliativos, por um grupo de múltiplos profissionais de diferentes áreas, focados em difundir os CP no nosso país.

Em 2006 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que por ser uma estrutura responsável por assegurar “a cobertura, a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência”, contribuiu em muito para o crescimento dos CP em Portugal. Porém, criou a crença que só em Unidades de Cuidados Continuados é que se poderia ter acesso a CP, confusão esclarecida pela Lei de Base dos Cuidados Paliativos⁶, lançada em 2012, segundo a qual os CP são definidos como “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”.

Apesar desta Lei e do reconhecimento de “Competências em Medicina Paliativa” pela Ordem dos Médicos em 2013, ainda não há especialização nesta área, propriamente dita.

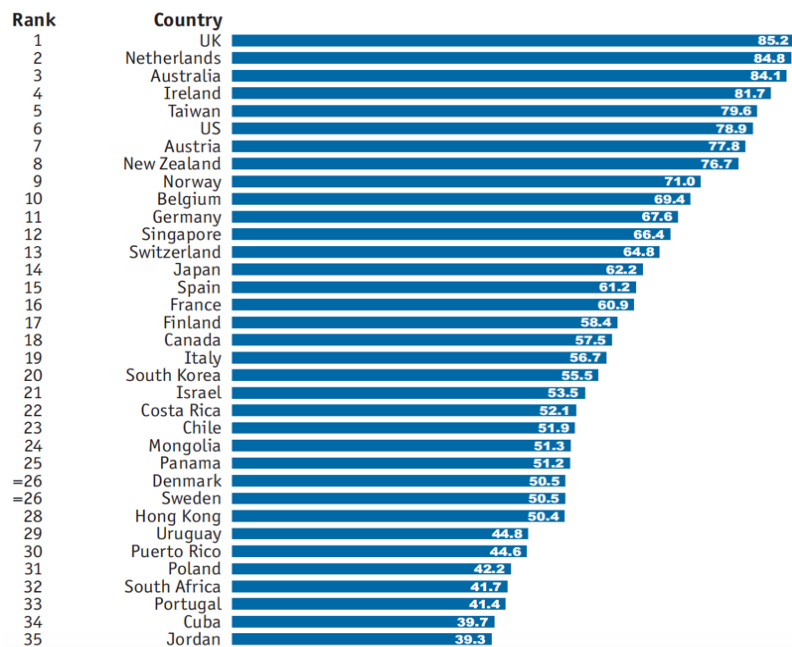
Os resultados desta demora nacional foram evidenciados no mesmo artigo da *The Economist*³, ilustrado nas figuras seguintes, onde podemos ver que Portugal se posiciona em 24º nos índices gerais de “*Quality of death*” (Fig. 5). Quanto ao índice específico para CP: “*Palliative And Healthcare Environment*” (Fig. 6), o panorama é pior, e Portugal cai para 33º.

Figura 5. Ranking de países segundo o índice de qualidade de morte



Fonte: The Economist - "The 2015 Quality of Death-Ranking palliative care across the world"; (pg. 17)

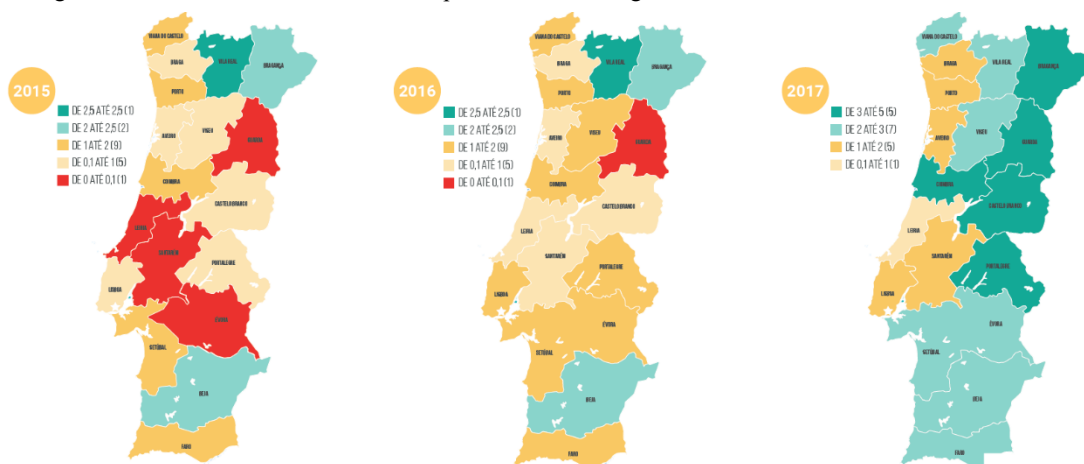
Figura 6. Ranking na categoria de Cuidados Paliativos e sistemas de saúde



Fonte: The Economist - "The 2015 Quality of Death-Ranking palliative care across the world"; (pg. 25)

Felizmente, continuamos a evoluir neste âmbito, e desde 2015 até 2018, o número de camas aumentou. Atualmente, todos os Hospitais do país têm uma equipa intra-hospitalar de suporte em CP⁷.

Figura 7. Índice de Cobertura de cuidados paliativos em Portugal Continental



FONTE: ACSS, 2018. Adaptado de Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal

Apesar desta evolução, ainda há milhares de Portugueses sem acesso aos CP, já que as necessidades superam a capacidade de resposta. Torna-se assim necessário que os profissionais de saúde conheçam o propósito dos CP, para melhor orientarem os seus doentes, e, quem sabe, até ter alguma formação nesta área, pois pode permitir um maior acesso aos mesmos.

Por estas razões, achei necessário incluir nesta tese os doentes que devem ser incluídos e encaminhados para as equipas de CP⁸:

- a) Pessoas com qualquer doença aguda, grave, que ameaça a vida (p.e. trauma grave, leucemia aguda, Acidente Vascular Cerebral), em que a reversibilidade é possível, mas o tratamento tem impacto negativo na qualidade de vida e sofrimentos dos doentes e suas famílias;
- b) Pessoas com doenças crónicas progressivas (p.e. Doença Renal Crónica, DPOC; Neoplasias, etc.)
- c) Pessoas com doenças altamente fatais, que recusam tratamento;
- d) Pessoas com doenças crónicas e limitativas que resultaram de acidente ou trauma;
- e) Pessoas com doença terminal (p.e. Insuficiência Cardíaca classe IV da NYHA, Doença renal crónica em estadio 5, neoplasias em fase terminal).

AGONIA

Definição

A prevalência das doenças crónicas tem aumentado muito nos últimos anos. Atualmente, estima-se que 60% das mortes prematuras ocorram como consequência de uma doença crónica⁹, e que mais de 90% ocorra depois de uma fase de doença prolongada¹⁰.

Independentemente de serem cardiovasculares, pulmonares, renais, ou outras, todas elas têm uma história natural semelhante, segundo a classificação Australiana de Doenças Não-Agudas e Sub-Agudas⁸:

- 1) **FASE AGUDA** - quando se dá a primeira manifestação da doença ou há uma situação que agrava a doença de base;
- 2) **DETERIORAÇÃO** – fase em que há uma deterioração progressiva do estado de saúde do doente, e em que se verifica um grande investimento terapêutico, com ajuste às suas necessidades;
- 3) **TERMINAL** – nesta fase o doente está em final de vida, tendo semanas, dias ou horas de vida;
- 4) **ESTABILIZAÇÃO** – doentes que não estão em nenhuma das outras fases.

Os doentes agónicos incluem-se assim num subgrupo de doentes em fase terminal, pelo que necessitam de cuidados específicos, não com intuito curativo, mas com o propósito de lhe oferecer uma transição mais fácil para o final de vida, com dignidade e sem sofrimento¹⁰. Existe um preconceito no público em geral, e na comunidade médica em particular, que a agonia é a fase em que não se faz muita coisa, e que o doente aguarda pacientemente o momento da sua morte. Isto não podia ser menos verdadeiro, pois a fase agónica merece tanto investimento nos doentes como qualquer outra. Normalmente dura entre 1 a 14 dias, mas varia de pessoa para pessoa – por exemplo, nos jovens tende a durar mais, ou nas pessoas com perfil de lutadoras¹⁰ - e o estado degrada-se de dia para a dia, com grandes alterações dos mecanismos fisiológicos que implicam o agravamento de sintomas pré-existentes ou o aparecimento de novos sintomas progressivamente mais graves, e que culminam invariavelmente na morte do doente (Tabela 1).

Tabela 1. Sintomas nos 3 últimos dias de vida¹⁰

Sintomas nos 3 últimos dias de vida	
Confusão	55%
Respiração ruidosa “estertor”	45%
Agitação	43%
Dor	26%
Dispneia	25%
Náuseas e vômitos	14%

Fonte: F.Nauck et al.; EJPallCare 2000. Manual de Cuidados Paliativos, 2016, pg 322

Diagnóstico

Teoricamente, identificar a fase agónica num doente não é fácil. Contudo, existem algumas características que nos podem fazer suspeitar que o doente se encontra nesta fase¹⁰:

- Deterioração progressiva do estado físico do doente, que se vai ficando cada vez mais dependente do leito;
- Oscilações/diminuição do estado de consciência, desorientação e dificuldades em comunicar (pode mesmo atingir o coma);
- Desinteresse por alimentos sólidos e líquidos, acompanhada de anorexia e recusa alimentar;
- Dificuldade progressiva em deglutir, devido às alterações de consciência ou diminuição da força muscular inerente à deterioração;
- Falência multiorgânica, que pode ser acompanhada por incontinência de esfínteres e alterações da cor e temperatura corporais;
- Alterações do padrão respiratório (por exemplo, polipneia, estertor, padrão de *Cheyne-Stokes*), e cognitivas, com aparecimento de *delirium*.
- Sintomas psicoemocionais que traduzem o “medo de morrer”, como angústia, pesadelos, ataques de pânico, entre outros;
- Perceção emocional (que pode ou não ser verbalizada) da proximidade da morte.

A DISPNEIA NO DOENTE AGÓNICO

Mecanismo da dispneia

A respiração é um processo altamente complexo¹¹. Tem um componente involuntário, que compreende o centro respiratório (ponte e bulbo, com os seus quimiorrecetores centrais), quimiorrecetores periféricos, aórticos e carotídeos, e ainda mecanorreceptores, ou recetores sensoriais, que se encontram nos músculos respiratórios (diafragma, intercostais e esternocleidomastóideo), e ao longo da árvore traqueobrônquica (Fig. 8). Tem também uma componente voluntária, responsável pela perceção da respiração, e que se localiza no córtex cerebral.

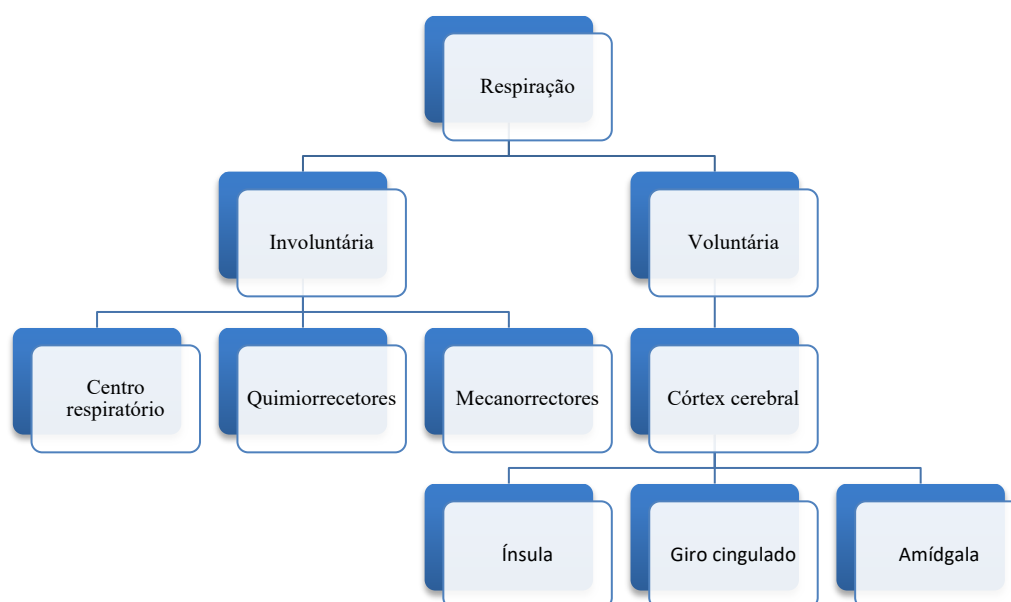


Figura 8. Resumo da fisiologia da respiração

Assim, podemos concluir que quando há disrupção de algum destes sistemas, a dispneia é desencadeada. Fisiopatologicamente, pode-se resumir em três componentes¹¹:

1) Aumento do trabalho ventilatório - a sensação de esforço ventilatório acontece quando a respiração se torna perceptível, ao contrário do que é normal. Esta sensação é maior quando os músculos estão fatigados, quando há um aumento da resistência das vias aéreas, como nas doenças pulmonares obstrutivas, uma vez que é necessário fazer mais esforço muscular para ultrapassar essa mesma resistência, e quando há aumento da velocidade de ventilação.

2) Desequilíbrios nas trocas gasosas – Fisiologicamente, os quimiorrecetores centrais (localizados na medula e ponte) detetam um aumento de PaCO_2 (>45 mmHg),

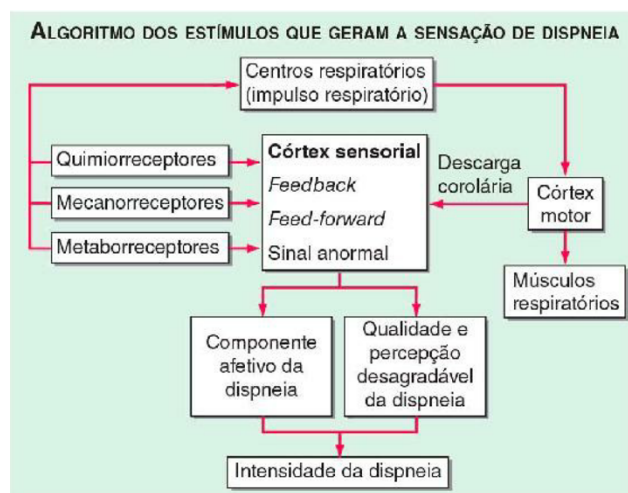
enquanto que os periféricos (aórticos e carotídeos) detetam diminuição da PaO_2 (<55 mmHg). Quando isto acontece, o centro respiratório deteta, e envia sinais eferentes para os músculos acessórios (intercostais e esternocleidomastóideo), no sentido de aumentar o volume e frequência respiratória, e que, conseqüentemente, aumenta o trabalho respiratório.

Os quimiorreceptores também conseguem atuar de forma independente. Na prática, o que se verificou foi que o centro respiratório é mais sensível para a hipercapnia do que para a hipoxemia. Isto é, aumentos da PaCO_2 , ainda que pequenos desencadeiam mais facilmente os mecanismos de dispneia acima referidos. Para o mesmo acontecer com os quimiorreceptores periféricos os níveis de PaO_2 têm que estar moderada e permanentemente baixos, o que ainda é mais perigoso, pois desencadeia isquemia cerebral e eventualmente morte. Conclui-se assim que é mais frequente um doente dispneico ter hipercapnia do que hipoxemia, o que posteriormente vai ter utilidade no seu tratamento.

3) Dissociação neuromecânica¹² – neste caso, há uma divergência entre os sinais aferentes produzidos pelos quimio e mecanorreceptores, e os sinais eferentes motores. Os investigadores descobriram que quando limitavam o fluxo inspiratório de um indivíduo saudável, desencadeavam dispneia, ainda que não houvesse alteração nos gases do sangue ou aumento do trabalho ventilatório.

A dispneia normalmente não é causada por um único mecanismo, mas pela combinação de vários. A Figura 9 mostra um resumo destes mecanismos.

Figura 9. Fisiopatologia da dispneia



Fonte: Kasper et al. *Medicina Interna de Harrison*, 19ª edição (2017)

No doente agónico observam-se alterações do padrão respiratório, inerentes ao desgaste orgânico que caracteriza esta fase. A astenia, ansiedade e retenção de dióxido de carbono levam a taquipneia numa fase inicial, mas com o tempo os músculos respiratórios entram em exaustão e a frequência respiratória diminui. Também pode ocorrer disfunção do centro respiratório, com consequente diminuição de sensibilidade à hipoxémia, originando períodos de bradipneia e apneia. O padrão de Cheyne-Stokes é um exemplo paradigmático desta disfunção.

Com o agravamento da hipoxémia, nas últimas horas de vida do doente, o bulbo gera um reflexo de auto-ressuscitação – o *grunting* ou gemido. Este consiste na contração espástica da boca, com contração diafragmática e retração do osso hioide. No caso da dispneia no doente agónico, decorre da tentativa do organismo aumentar o retorno venoso ao coração, o que, segundo o mecanismo de Frank-Starling, aumenta a contractilidade cardíaca, o débito cardíaco e a perfusão orgânica, através da diminuição da pressão intratorácica na inspiração e ao seu aumento na expiração. No doente em fase agónica, este mecanismo vai perdendo eficácia, até à instalação de apneia terminal¹³.

Etiologia

Tendo em conta os mecanismos fisiopatológicos de que falei acima, podemos então concluir que qualquer condição que faça aumentar o trabalho ventilatório, que cause alterações na PaO_2 ou PaCO_2 ou que provoque uma dissociação neuromecânica pode causar dispneia.

Com o aumento do tabagismo ao longo dos últimos anos, as doenças respiratórias são cada vez mais prevalentes, e as principais causadoras de dispneia em fase terminal, e até mesmo em fase agónica. Neste grupo, incluem a DPOC e as neoplasias da árvore traqueobrônquica e pulmonares (primárias e secundárias). Não nos podemos esquecer das doenças cardiovasculares como grandes causadoras de dispneia, principalmente a insuficiência cardíaca e, muito associado ao envelhecimento, as valvulopatias. As principais etiologias da dispneia podem ser divididas em quatro categorias¹² (Fig. 10):

1) Diretamente relacionadas com neoplasia em que a dispneia é causada diretamente pelo cancro. Algumas causas possíveis incluem compressão de vias aéreas (intrínseca ou extrínseca), tumores localizados no parênquima pulmonar (primários ou secundários), tumores da pleura, derrame pleural ou pericárdico maligno, síndrome da veia cava superior, fraturas patológicas da caixa torácica, entre outras.

2) Indiretamente relacionadas com neoplasia. A dispneia é consequência dos efeitos provocados pelo cancro, nomeadamente, anemia, síndromes paraneoplásicas, trombo-embolia pulmonar maligna, caquexia e desequilíbrios hidroeletrólíticos.

3) Relacionadas com o tratamento de neoplasias. Como sabemos, qualquer tratamento tem efeitos secundários, e no caso do cancro não é exceção, quer devido à elevada toxicidade da quimioterapia, ou à agressividade da radioterapia e da cirurgia. Algumas causas de dispneia neste grupo de doentes são as pneumonites de radiação, as lobotomias/pneumectomias e a fibrose pulmonar e cardíaca como consequência da quimioterapia.

4) Não relacionadas com neoplasias. Este grupo inclui todas as doenças não neoplásicas que causem dispneia. A DPOC, asma, doença pulmonar intersticial, obesidade, insuficiência cardíaca, disritmia, valvulopatias são exemplos que figuram neste grupo. Tendo em conta os doentes em fase terminal e agónica, não nos podemos esquecer da ansiedade e da dor espiritual como possíveis etiologias de dispneia.

Figura 10. Possíveis causas de dispneia

Diretamente relacionadas com neoplasias

- Neoplasia primária/secundária do parênquima pulmonar;
- Obstrução da via aérea (tumor intrínseco ou extrínseco)
- Neoplasia da pleura;
- Derrame pleural/pericárdico maligno;
- Síndrome da Veia Cava Superior;
- Atelectasia;
- Fístula traqueo-esofágica;
- Fracturas da parede torácica patológicas.

Indiretamente relacionadas com neoplasias

- Pneumonia;
- Caquexia
- Anemia;
- Distúrbios hidroeletrólíticos;
- Síndromes Paraneoplásicas;
- Ascite.

Relacionadas com terapêutica do cancro

- Cirurgia (pós-loboectomia/pneumectomia);
- Pneumonite rádica;
- Fibrose pulmonar induzida por quimioterapia;
- Cardiomiopatia induzida por quimioterapia.

Não relacionadas com neoplasia

- Doença pulmonar obstrutiva crónica;
- Asma;
- Insuficiência cardíaca;
- Arritmias;
- Doença vascular pulmonar;
- Obesidade;
- Aspiração;
- Ansiedade;
- Dor espiritual/psicossocial

Avaliação

Como em qualquer área da medicina, o primeiro passo é sempre colher a história clínica do doente. No caso do doente em CP, explorar o domínio emocional e espiritual¹² do doente, perguntando-lhe qual a sua interpretação do sintoma e que significado lhe atribui, torna-se ainda mais relevante. Com a colheita da história podemos perceber ainda que fatores na vida do doente podem contribuir para o aparecimento e/ou exacerbação da dispneia. O apoio dos médicos, e de outros profissionais da equipa podem ter um impacto positivo para o doente, e até mesmo ter um efeito terapêutico.

No que concerne a gestão do doente agónico, investigar a doença que desencadeou não é tão significativo nesta fase, não tem impacto na forma como vamos tratar o doente, já que a terapêutica base é a mesma, como irei abordar adiante. Todavia, pode ser complementada, e para isso podemos tentar perceber o mecanismo fisiopatológico, como referi acima, mas também, se estamos perante um doente ansioso, preocupado e agitado perante a proximidade da morte.

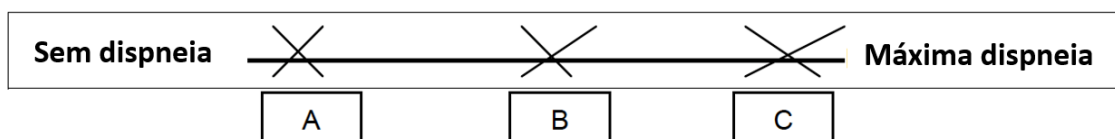
O exame objetivo é uma ferramenta essencial para podermos avaliar o estado geral do doente, e conseguirmos perceber a sua evolução. Os exames complementares de diagnóstico devem ser pouco invasivos, para não gerar mais sofrimento ao doente, recorrendo por exemplo à oximetria, em vez da gasimetria.

Para avaliar a dispneia, podemos aplicar a escalas que tentem quantificar um sintoma tão subjetivo. De novo, a escolha da escala mais adequada vai depender muito da situação do doente: se tem alteração do estado de consciência, se colabora, se comunica. Muitas escalas são adaptadas a partir de escalas classicamente usadas para avaliar a dor.

É possível distinguir dois tipos de escalas: unidimensionais e multidimensionais¹⁴. As primeiras são muito semelhantes às escalas da dor, e avaliam a intensidade da dispneia. Variam entre “sem falta de ar” e “pior falta de ar”, e incluem a escala visual analógica (Fig. 11), escala numérica (Fig. 12), verbal descritiva (Fig. 13) e “Escala de Borg Modificada” (Fig. 14). Para os doentes com alterações do estado de consciência, ou incapazes de comunicar, podemos utilizar a escala RDOS, ou Escala Observacional de Dificuldade Respiratória, que pode ser utilizada pelos profissionais para estimar a intensidade da dispneia no doente (Tab. 2)

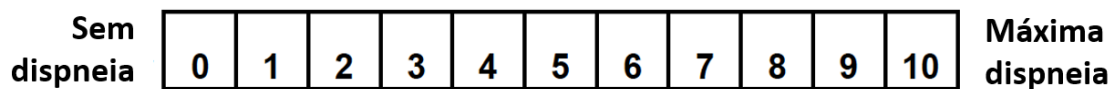
Por outro lado, as escalas multidimensionais avaliam o impacto da dispneia em diversos domínios, nomeadamente, atividades da vida diária, componentes mentais, emocionais e noção de controlo. Têm maior utilidade na investigação clínica, pelo que nos doentes em fase agónica, o seu uso é limitado.

Figura 11. Escala Visual Analógica



Adaptada de: Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa N° 09/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003. Acedido em 23-03-2019 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Figura 12. Escala numérica



Adaptada de: Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa N° 09/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003. Acedido em 23-03-2019 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Figura 13. Escala descritiva

Sem dispneia	Ligeira	Moderada	Intensa	Máxima dispneia
--------------	---------	----------	---------	-----------------

Adaptada de: Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa N° 09/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003. Acedido em 23-03-2019 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Figura 14. Escala de Borg Modificada

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouca intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

FONTE: Cavalcante et al. (2008) (29/03/2019)

Tabela 2. Escala RDOS. Adaptada.

Variável	0 pontos	1 pontos	2 pontos
Frequência cardíaca	<90 bpm	90-109 bpm	≥ 110 bpm
Frequência respiratória	≤ 18 cpm	19-30 cpm	> 30 cpm
Agitação	Ausente	Ocasional. Movimentos pouco frequentes	Movimentos frequentes
Respiração paroxística (Retração do abdômen na inspiração)	Ausente		Presente
Utilização de músculos acessórios (elevação da clavícula na inspiração)	Ausente	Ligeira elevação	Elevação pronunciada
Gemido no final da expiração	Ausente		Presente
Adejo nasal	Ausente		Presente
Olhar amedrontado	Ausente		Olhos muito abertos, tensão dos músculos faciais, sulcos na fronte, boca aberta, cerrada

FONTE: Campbell, ML. A Respiratory Distress Observational Scale for Patients Unable to Self-Report Dyspnea. *Journal of Palliative Medicine*. 2010; 13(3):285-290

Tratamento

Na fase agónica, investigar a doença que levou ao aparecimento da dispneia deixa de ser relevante. O objetivo do tratamento no doente agónico é regularizar a ventilação, diminuir a ansiedade, evitando, contudo, a sedação do doente.

Existem dois tipos de abordagem terapêutica: farmacológica e não farmacológica.

Terapêutica Farmacológica

1. Morfina

A morfina é um opióide vastamente conhecido pelo seu propósito de alívio da dor. Contudo, é igualmente útil no alívio da dispneia. Isto acontece porque atua em vários níveis. A nível central diminui a sensibilidade do centro respiratório, e consequentemente a taquipneia. Nos quimiorrecetores atua diminuindo a resposta à hipercapnia e hipoxémia. Um estudo feito com doentes com DPOC de longa duração mostrou que o tratamento agudo com opióides diminui a dispneia de esforço e melhora a tolerância ao exercício¹², sem efeitos na frequência e padrão respiratórios ou na saturação de oxigénio.

Está demonstrado que doses de 5 mg de sulfato de morfina, por via subcutânea p.o são suficientes para aliviar a dispneia em doentes não expostos a opióides. O efeito terapêutico coincide com o tempo de semivida da morfina, quatro horas. Mas, como sabemos, um dos efeitos dos opióides é a tolerância medicamentosa, ou seja, vão sendo necessárias doses cada vez maiores, para obter o mesmo efeito. Assim, no tratamento crónico da dispneia é necessário ir titulando a dose de morfina de acordo com as necessidades do doente, sempre avaliando os efeitos na frequência respiratória e se há efeitos de toxicidade. Por exemplo, em doentes previamente expostos a morfina, tem que se aumentar a dose em 50% para se conseguir controlar a dispneia¹⁰. Thomas & Von Gunten¹² propõem um regime duplo, isto é, dar morfina continuamente, para manter um nível basal, prevenindo o aparecimento da dispneia, e uma fórmula de ação rápida para alívio da dispneia aguda. A tabela 2 mostra um outro esquema proposto por Hall (2004)¹⁴:

Tabela 3. Esquema de opióides proposto por Hall, P (2004)

Medicamento de primeira linha: Opióides Para doentes que fizeram opióides previamente, aumentar a dose em 25-50%.
Em doentes que não estão a fazer opióides, idosos ou com DPOC: <ul style="list-style-type: none"> – Morfina: 2.5-5.0 mg p.o. de 4 em 4 h; – Para a dispneia inaugural, dar 10-20% da dose p.o. a cada hora, conforme necessário. Titular dose em 25-50% até controlo dos sintomas.
Doentes jovens podem necessitar de doses maiores: <ul style="list-style-type: none"> – Titular 25-50% a cada 24h até controlo sintomático; – Dose inicial é a mesma.

Adaptado. In Hall, P. (2004). "End-of-life care and the management of dyspnea", pg. 2

Contudo, não nos podemos esquecer que um doente agónico está emagrecido, tem falência multiorgânica, podendo a metabolização hepática e excreção renal da morfina estar comprometidas. Assim, as doses administradas têm de ser sempre ajustadas ao doente, e suas necessidades. A via de administração preferencial é p.o, enquanto o doente mantiver via oral. Caso contrário, a via SC é uma ótima alternativa, que se mostrou igualmente eficaz¹⁰.

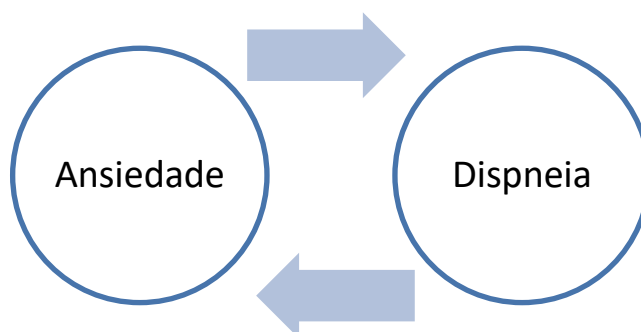
Apesar destes efeitos positivos, não podemos esquecer que a morfina é um fármaco com alguns efeitos secundários, que não podem ser negligenciados, nomeadamente, obstipação, letargia e náuseas. Se é verdade que ao fim de 1 a 2 semanas de terapêutica com morfina, os doentes se tornam tolerantes aos dois últimos sintomas, a obstipação ocorre independentemente da duração. Felizmente, é possível tratar estes efeitos adversos. Como tal, todos os doentes que estiverem a fazer opióides, têm que fazer também laxantes (à base de sene, por exemplo), e antieméticos¹⁴.

Até há uns anos, o uso de morfina não era tão recomendado, e havia alguma desconfiança, até por parte da Organização Mundial de Saúde, devido aos seus efeitos depressores no centro respiratório, que iriam precipitar a morte. Apesar destes mitos, não está cientificamente provado que o uso de doses elevadas de morfina em doentes agónicos, com dispneia e dor, acelere o processo de morte¹⁴, como tal, por ser usada com segurança.

2. Ansiolíticos

Perante a proximidade do final da vida, os doentes podem desenvolver depressão e ansiedade. Ainda que normais tendo em conta as circunstâncias, têm um efeito negativo de agravamento da dispneia, criando um círculo vicioso (Fig. 15), que apenas pode ser quebrado com o tratamento da dispneia.

Figura 15. Relação entre ansiedade e dispneia



Adaptado. Thomas & Von Gunten (2003)

Em teoria, é útil saber se a dispneia possa ser consequência de ansiedade e depressão. Uma maneira de distinguir sensação de falta de ar de causas psicológicas, de outras causas é através de prova terapêutica com morfina: se depois do alívio da dispneia o doente se mantiver ansioso, então muito provavelmente seria essa a causa da dispneia.

Assim, podemos usar duas classes de fármacos: os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e as benzodiazepinas (BZD), que estão incluídos no grupo dos antidepressivos e ansiolíticos, respectivamente, sendo que os últimos estão mais estudados para este efeito. É importante referir, que isoladas, as BZD não são tão eficazes¹², pelo que não são utilizadas como tratamento de primeira linha para o tratamento da dispneia. Porém, para o conjunto de doentes cuja causa da dispneia é a ansiedade/depressão, a combinação uma BZD com morfina é bastante eficaz. É importante referir que, ao contrário dos opióides, as BZD têm doses a partir das quais deixam de ser seguras, pelo que é necessário respeitar os esquemas recomendados.

3. Oxigenoterapia

A suplementação de oxigénio é apenas utilizada nos casos em que para além da sensação de falta de ar, o doente tem também uma PaO₂ inferior a 55 mmHg – hipoxémia. Todavia, é importante não confundir os conceitos, pois dispneia e hipoxémia não são sinónimos: é possível ter sensação de falta de ar e não estar hipoxémico, e estar hipoxémico, mas não ter falta de ar. É importante explicar isto aos familiares do doente, uma vez que é de crença comum que se há falta de ar, é porque não há oxigénio suficiente. Por esta razão, por vezes utiliza-se o oxigénio não como medida terapêutica, mas como símbolo de ato médico, ou seja, “o meu familiar está a ser tratado”.

4. Outros fármacos

Segundo Hall (2004)¹⁴, outros fármacos também podem ser utilizados para o tratamento da dispneia no doente agónico, nomeadamente corticosteroides e neurolépticos.

Os primeiros são utilizados para tratar os efeitos causadores de neoplasias, nomeadamente, redução do edema provocado por tumores, especialmente ao nível da árvore traqueobrônquica e pulmonar (tumores da traqueia, síndrome da veia cava superior, pneumonite), e também de DPOC. O fármaco preterido nesta fase é a dexametasona (4-8 mg oral ou SC, uma vez por dia), pois é mais eficaz que a prednisona, e não tem tantos efeitos mineralocorticóides (hipertensão, edema e hipocaliémia).

Por outro lado, os neurolépticos têm um efeito sedativo, o que pode ser útil na dispneia associada a ansiedade. Tal como acontece na morfina, também estas doses e vias de administração devem ser ajustadas ao doente. Hoje em dia existem neurolépticos fáceis de usar como a olanzapina, a quetiapina e a risperidona.

Terapêutica Não Farmacológica

Para além dos fármacos supramencionados, existem medidas que se podem aplicar para aliviar a sensação de falta de ar dos doentes.

Em primeiro lugar, o ambiente deve ser fresco, húmido, livre de substâncias irritativas, principalmente fumo. Para além disso, não deve haver muitas pessoas no quarto.

O doente deve ser posicionado a 45°. Está provado que a acupuntura e a acupressão podem ajudar a aliviar a dispneia posicional¹².

Vários estudos comprovaram que a movimentação de ar fresco ajuda a aliviar a dispneia. Para esse efeito, pode-se abrir a janela, utilizar um humidificador¹³ ou uma ventoinha virada para a face do doente. Pensa-se a eficácia deste método se deva à simulação da estimulação sensorial do ramo V₂ do nervo trigémio¹².

Por fim, e porque as equipas de CP são multidisciplinares, não podia deixar de salientar o papel importantíssimo dos enfermeiros de CP, que são incansáveis no auxílio do doente agónico, e que, em conjunto com fisioterapeutas, podem ensinar aos doentes técnicas cognitivas e comportamentais que lhes permitam controlar a respiração, bem como técnicas de relaxamento. Os psicólogos e assistentes sociais, ao prestar apoio psicossocial, ajudando o doente e seus cuidadores a lidar com a sua condição, podem também ter um efeito terapêutico nos sintomas do doente agónico.

ESTERTOR

O estertor, ou respiração ruidosa do moribundo, é um padrão respiratório frequente num doente em agonia. É fonte de grande transtorno para os familiares e profissionais, pois assemelha-se a asfixia.

Na verdade, o estertor resulta da respiração ruidosa do doente devido à sua incapacidade de expelir ou deglutir as secreções da traqueia e da mucosa da orofaringe. Porém, este fenómeno não significa que o doente esteja a sufocar. Aliás, muitas vezes o próprio doente nem se apercebe. Ainda assim necessita de ser tratado, uma vez que isso tranquiliza a família.

Tal como noutras formas de dispneia, o tratamento do estertor passa por duas vertentes: não farmacológica e farmacológica.

Em termos de medidas não farmacológicas temos o posicionamento do doente (cabeceira a 45°)¹⁵; o ajuste ou mesmo suspensão do aporte de fluidos e.v. e/ou alimentação entérica; e a aspiração de secreções . Todavia, nem sempre está recomendada, pois a aspiração poder desencadear o vómito, o que não só aumenta o desconforto do doente, como também tem o efeito oposto, ao estimular a produção de secreções que só vão agravar a situação. É essencial em todo este processo que se explique à família do doente a razão daquela respiração ruidosa, e reforçar que estas medidas não representam desinvestimento no doente, mas sim não causar ainda mais sofrimento.

Relativamente à terapêutica farmacológica, a sua utilização não é consensual, pelo que tem que se avaliar caso a caso. A classe de fármacos mais utilizada é a dos anticolinérgicos. Estes não atuam sobre as secreções já presentes, mas sim como prevenção do estertor. A butilescopolamina é o anticolinérgico mais utilizado. Normalmente é administrada por via SC, dose de 20 mg, cada 6-8h, em bólus ou perfusão contínua (quando o controlo é mais difícil). Contudo, não nos podemos esquecer dos efeitos adversos dos fármacos anticolinérgicos, e que podem agravar a situação do doente¹⁶: xerostomia, que predispõe a mucosites, infeções e lesões que inviabilizam a via oral, e retenção urinária.

Para eliminar secreções existentes, ou em casos de IC com falência ventricular esquerda, pode-se utilizar furosemida – se ainda não houver diminuição do débito urinário, ou primeiro aspirá-las delicadamente e, posteriormente, recorrer aos fármacos.

CONCLUSÃO

A dispneia é um dos sintomas mais frequentes e que mais sofrimento causa aos doentes e familiares. É um sintoma multifatorial, contudo, especificamente no caso do doente em fase agónica, a etiologia concreta não é tão relevante. Já no que concerne aos mecanismos fisiopatológicos, uma história clínica detalhada, e a avaliação do doente, bem como da sua sensação de falta de ar, através do uso de escalas, podem-nos ajudar a compreender melhor o doente, e ajustar o tratamento às suas necessidades. Em termos farmacológicos, praticamente todos os doentes com dispneia têm indicação para fazer opióides, já que estes são comprovadamente eficazes no controlo da dispneia. Porém, pode ser necessário adicionar um ansiolítico, se a causa da dispneia for ansiedade ou depressão, o que num doente agónico é altamente frequente, ou oxigenoterapia se o doente estiver hipoxémico. Outras medidas não farmacológicas podem ser utilizadas com sucesso no controlo da dispneia, nomeadamente, um ambiente adequado, um posicionamento correto, e movimentação de ar frio.

A agonia é difícil de diagnosticar, passando despercebida a muitos médicos. Quando é diagnosticada, não é bem gerida, porque ainda há o preconceito que para fazer CP é só preciso sedar e esperar pela morte, e que qualquer médico com bom senso os pode aplicar. A consequência deste pensamento é a perpetuação da desinformação e mitos que só prejudicam a pessoa que mais precisava deles: o doente.

Os CP são, ou deveriam ser, uma especialidade, pois tal como qualquer outra, tratam do doente na fase de vida em que há mais para fazer por ele, não esquecendo quem o rodeia, sendo por isso essenciais para o sistema de saúde de qualquer país que se diz desenvolvido. Mas para que isto aconteça, é fundamental que as mentalidades mudem também, quer na sociedade, quer na própria comunidade médica. Tal começa com algo tão simples como ensinar princípios básicos de CP na Faculdade de Medicina, e que o primeiro ensinamento é “a morte existe, toda a gente morre, e quando se faz tudo para ajudar o doente, não é uma derrota”. Foi por ter a sorte de alguém me ter dito isto, e me obrigou a pensar na minha finitude e na dos meus familiares, que me quis associar a este movimento.

Esta tese foi, para mim, o primeiro passo. Mas há muitos mais a dar, e certamente lutarei pelos CP na minha prática médica, porque foi por isso que eu vim para medicina: para cuidar de pessoas.

AGRADECIMENTOS

Com a conclusão de mais uma etapa, tenho que alguns agradecimentos a fazer.

Em primeiro lugar, à minha família. Agradeço aos meus pais, José e Lúcia, por me terem orientado no caminho certo, e terem tido a paciência para me ensinar a pensar (foram muitas horas sentados na secretária, mas valeu a pena) e a moldar-me como ser humano que tem empatia pelos outros, qualidade essencial nesta profissão. Menções honrosas à avó que graças às suas palavras motivadoras e bem-dispostas me ajudavam a amenizar o stress dos exames e da faculdade; à tia, madrinha, etc., para além de me ter ensinado a fazer um arroz ótimo, foi uma ótima modelo de doente. Sem ela, as minhas técnicas semiológicas não seriam as mesmas; ao tio que tinha sempre conselhos para me dar, com bom-humor à mistura. Às primas que me ofereciam chocolate sempre que tinha uma quebra de espírito, e me ajudavam a libertar tensão, e esquecer (momentaneamente) as minhas preocupações. E claro que não me posso esquecer da pessoa que esteve na base da minha inspiração para fazer esta tese: o meu avô.

Mas não é só de família que se faz o caminho de um médico. Os amigos são essenciais, e felizmente, os meus são os melhores, e acompanham-me há muito tempo: à Ana Luísa, Carolina e João Luís, que testemunharam a minha evolução de criança tímida a jovem adulta menos tímida. Vivemos muitas aventuras, e guardo-as todas. À Marina, Beatriz e Patrícia que apareceram na altura e sítio certo, e que provavelmente não têm noção do quanto me ajudaram num ano muito difícil. À Ana Nunes, Filipe, João Dionísio, Jorge Balaia, Leonor e Renata que provaram que o que torna um lugar especial são as pessoas que conhecemos. Somos uma grande família (de praxe e não só), e apesar da distância física, quando estamos todos juntos é como se não tivesse passado tempo nenhum. E ainda, tenho que agradecer ao André, Beatriz, Henrique, João, Mafalda e Tiago, pois ajudaram a tornar as longas horas de estudo, os trabalhos e os exames mais suportáveis. O vosso sentido de humor, as conversas na cantina sobre tudo e sobre nada e as gargalhadas marcaram-me para a vida.

E por último, mas não menos importante, ao Dr. Paulo Reis Pina. Quando o comecei a ouvi falar, tenho de admitir, fiquei assustada com a realidade que me apresentava. Mas quando comecei a refletir, identifiquei-me muito com as suas palavras, e decidi que a minha tese de mestrado só podia ser nesta área, que só pode ser o culminar da arte da Medicina. Por me ter apresentado aos CP, quero dizer-lhe OBRIGADA!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção-Geral da Saúde. Portugal. Idade Maior Em Números. A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade. *Direção Geral de Saúde*. 2014:1–224.
2. Neto IG. Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos Fundamentais. Em: Barbosa A, Pina PR, Tavares F., Neto IG, editores. *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª Edição. Lisboa: Ed. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016:1–22.
3. The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index :Ranking Palliative Care across the world. [report] Commissioned by Lien Foundation , 2015. [consultado em 31/01/2019]

Disponível em http://www.ara.cat/societat/EIU-Quality-Death-Index-Final_Arafil20151006_0002.pdf. 2015.
4. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. *Plano Estratégico para o Desenvolvimento CP 2017-2018*; 2017. [consultado a 15/01/2019]

Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf
5. Marques AL, Gonçalves E, Salazar H, Capelas ML, Tavares M, et al. O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*. 2009:32–38.
6. Decreto de Lei nº 52/2012 de 5 de setembro. *Diário da República nº 172/2012*. [consultado a 15/01/2019]

Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Lei-n-52-2012---Assembleia-da-República---Lei-de-Bases-dos-Cuidados-Paliativos.pdf>.
7. Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal. [consultado em 09/01/2019]

Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp.../2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
8. Cruz MB, Nunes R. Palliative care and the Portuguese health system. *Porto Biomed J*. 2016;1(2):72–76

9. Ministério da Saúde. Declaração para uma vida melhor. *II Congr Nac Saúde Pública*. 2011:1–9.
10. Neto IG. Cuidados Na Agonia. Em: Barbosa A, Pina PR, Tavares F, Neto IG, editores. *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª Edição. Lisboa: Ed. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016:317–330.
11. Campbell ML. Dyspnea. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2017;29(4):461–470.
12. Thomas JR, von Gunten CF. Management of dyspnea. *J Support Oncol*. 2003;1(1):23–34.
13. Roque CMO. Agonia - últimos momentos de um Doente Terminal. 2010. [consultado a 05/01/2019]

Disponível em [https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/18763/1/Carolina Roque - Agonia - ultimos momentos de um doente term.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/18763/1/Carolina%20Roque%20-%20Agonia%20-%20ultimos%20momentos%20de%20um%20doente%20term.pdf).
14. Feio M. Dispneia. Em: Barbosa A, Pina PR, Tavares F, Neto IG, editores. *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª. Lisboa: Ed. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016:219–230.
15. Hall P. End-of-Life Care and the Management of Dyspnea. *Geriatr Aging*. 2004;7(4):58–61.
16. Fradique E. Cuidados À Boca. Em: Barbosa A, Pina PR, Tavares F, Neto IG, editores. *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª. Lisboa: Ed. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016:367–378.